N° 262.

PROPOSITIONS ET OBSERVATIONS

SUR

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ET SUR

QUELQUES POINTS DE MÉDECINE;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 29 août 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JULES-LOUIS-CHARLES BOYS DE LOURY,

Ex-Élève des hôpitaux et hospices civils de Paris; ex-Élève de première classe de l'École Pratique.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Président.*
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirugicale	MARJOLIN, *Examinateur.* CLOQUET.
Pathologie medicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Examinateur.*
Clinique médicale	LEROUX. FOUQUIER, *Suppléant.* ..... CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN. ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubois.
Bayle.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart, *Suppléant.*	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dance.	Sandras.
Devergie.	Trousseau, *Examinateur.*
Dubled.	Velpeau, *Examinateur.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A

MONSIEUR DINET,

MON PARENT,

Officier de la Légion-d'Honneur; Inspecteur-général des études; Examinateur à l'École Polytechnique.

Gage de reconnaissance pour l'intérêt qu'il m'a toujours témoigné.

J.-L.-C. BOYS DE LOURY.

PROPOSITIONS ET OBSERVATIONS

SUR

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ET SUR

QUELQUES POINTS DE MÉDECINE.

L'anatomie pathologique éclaire le médecin sur le diagnostic et le prognostic des maladies. Comparant l'ensemble des symptômes que les maladies présentent avec les lésions cadavériques déjà observées dans de semblables affections, on parvient à déterminer à quel point les organes et les tissus sont malades, on circonscrit même la place de l'affection. Cependant, à côté de ces brillantes connaissances, bien des choses nous échappent encore ; nous voyons des maladies graves ne présenter aucune trace de leur existence à l'ouverture des cadavres ; d'autres fois, au contraire, rien n'a pu donner pendant la vie connaissance de certaines lésions cadavériques. Ce que maintenant nous ignorons peut un jour nous être dévoilé ; ce n'est qu'en rassemblant beaucoup de ces faits, en les étudiant avec les phénomènes présentés

pendant la vie, qu'on parviendra peut-être à percer l'obscurité dont ils sont environnés.

Une femme d'une cinquantaine d'années entre à la Pitié, souffrant depuis long-temps dans les reins et le côté gauche de la poitrine et de l'hypochondre; la douleur est intolérable lorsqu'on presse sur l'endroit malade; pas de rougeur, on aperçoit seulement que les dernières côtes sont soulevées. Traitée par les antiphlogistiques, sans qu'on pût s'apercevoir d'aucune amélioration, on finit par ne lui donner que des calmans et des opiacés, dans le seul but de rendre un peu de sommeil et de calmer les souffrances de cette malade, qui s'affaiblit de jour en jour, et succombe après trois semaines de son séjour à l'hôpital. Au moment de l'ouverture, rien de particulier ne paraissait exister; seulement le foie, très-volumineux, s'étendait jusque dans l'hypochondre gauche; dans le moyen lobe, à la partie convexe et supérieure, au-dessous de la séreuse, s'était développée une tumeur dure, fibreuse, de la grosseur d'un petit œuf; la rate, qu'on aurait pu croire malade et donner lieu au soulèvement des fausses-côtes gauches, ne présentait aucune altération. Mais lorsqu'on voulut enlever l'estomac et la masse des intestins grêles, on vit une énorme tumeur placée dans la courbure du duodénum, occupant la place du pancréas; cette tumeur, entourée d'un tissu cellulaire dense, adhérait à la paroi postérieure de l'estomac, sans intéresser la muqueuse, adhérant aussi au duodénum, elle reposait sur le plexus cœliaque, les troncs de l'aorte et de la veine-cave inférieure. Cette masse a présenté dans sa composition quelques parties qui ressemblaient encore à des vestiges de pancréas; d'autres étaient à l'état de squirrhe dur et fibreux; il y en avait à l'état de matière encéphaloïde, d'encéphaloïde ramollie; quelques autres étaient noirâtres comme la mélanose; enfin un assez grand nombre de vaisseaux et du tissu cellulaire unissant ces parties différentes, constituaient cette altération; l'estomac et les intestins ne présentaient rien de remarquable sur la muqueuse,

rien qui pût faire soupçonner d'inflammation. Lorsqu'on ouvrit la poitrine, on s'aperçut d'une autre lésion bien plus grave encore, et dont on n'avait nullement soupçonné l'existence : le péricarde, très-distendu, était rempli de sept à huit onces d'une sérosité qu'on aurait pu prendre pour du sang ; de fausses membranes épaississaient ce péricarde; quelques-unes flottaient dans le liquide, et le cœur paraissant sain au milieu de ce désordre, la circulation n'avait pas paru entravée pendant la maladie de cette femme.

Les maladies du péricarde ne sont pas communes chez les enfans. J'ai eu cependant l'occasion de voir deux péricardites; l'un de ces enfans était affecté de phthisie pulmonaire, l'autre d'une pleuro-pneumonie. Tous les jours j'appliquais le stéthoscope sur leurs poitrines, sans rien apercevoir de particulier dans la région précordiale; et pourtant de fausses membranes très-épaisses, semblables aux colonnes du cœur; dans quelques parties, des adhérences intimes entre la séreuse du péricarde et du cœur, une très-grande quantité d'une sérosité sanguinolente, toutes ces lésions existaient sans avoir présenté de phénomènes remarquables du côté de la circulation.

Un vieillard entra à la Pitié avec les symptômes d'une affection grave du cœur. Cet homme, éprouvé par de grands malheurs, blessé à plusieurs batailles, devenu ouvrier après avoir joui d'une certaine aisance, avait depuis long-temps la respiration gênée, de la difficulté pour monter un escalier, la face bouffie et pâle, les lèvres bleuâtres. Lorsqu'il entra à l'hôpital, il avait été pris depuis peu de temps d'une toux fréquente, avec douleur dans le côté gauche de la poitrine. Le malade ne pouvait se tenir que sur son séant; les jambes étaient infiltrées, le cœur battait avec violence contre les parois de la poitrine et dans une grande étendue; la circulation présentait des intermittences; le stéthoscope faisait entendre le bruit de soufflet. L'état de faiblesse du malade ne permit d'essayer aucun traitement, et il succomba peu de jours après son entrée à l'hôpital. Il existait des traces d'une pleurésie ancienne du côté gauche; il y avait de la rougeur

dans les bronches, et le cœur ne présenta ni dilatation des cavités, ni épaississement des parois, rien de remarquable par son volume; il était seulement flasque; l'ouverture avait été faite pendant les chaleurs, plus de trente heures après la mort.

J'eus à l'École pratique un jeune sujet dont l'abdomen présentait un volume énorme; des marques récentes d'une application de beaucoup de sangsues existaient sur le ventre; on ne sentait pas de fluctuation; la percussion donnait un son mat. En ouvrant l'abdomen, il ne s'échappa pas de gaz, il ne s'écoula pas de sérosité. Une grande poche blanchâtre à l'extérieur, convexe, paraissait remplir tout le ventre; le foie, l'estomac, tout le paquet des intestins grêles, étaient comprimés et refoulés en haut par cette énorme poche, qui se trouvait formée par l'S iliaque du colon, remplie et distendue par une grande quantité de matières fécales; les parois de cette partie du colon étaient épaisses de plus d'une ligne; la membrane muqueuse ne présentait pas de rougeur; il n'y avait pas de traces d'inflammation dans les autres parties du tube digestif, rien dans la poitrine ni au cerveau qui pût donner lieu à la mort. Le refoulement de tous les viscères, la compression des nerfs et des vaisseaux de l'abdomen, en ont sans doute été la cause; mais à quel signe aurait-on pu reconnaître ce fait pendant la vie? Cette pièce anatomique fut remise à *Béclard*.

I^re^. OBSERVATION.

Madame C. .., mère de huit enfans, avait été gravement malade dans toutes ses couches. Depuis plusieurs années, elle éprouvait une gêne habituelle dans la gorge. Vivant en plein air, au milieu des chantiers, obligée de forcer sa voix pour appeler les ouvriers, rien ne paraissait plus naturel qu'une laryngite chronique; aussi, à Orléans, fut-elle traitée par les gargarismes, les sangsues, les vésicatoires et les emplâtres de ciguë à la partie antérieure du cou. Arrivée à Paris le 1^er^. février, confiée aux soins de MM. *Marjolin* et *Cabanellas*, elle présentait

les symptômes suivans, qui depuis six mois s'aggravaient de jour en jour : impossibilité d'avaler les substances solides, altération de la voix, toux gutturale, expuition très-abondante de crachats écumeux, avec stries de sang, et contenant assez souvent une matière grumeleuse, grisâtre, qu'on pouvait apercevoir dans l'intérieur du pharynx et la face supérieure de l'épiglotte; tuméfaction dure au côté gauche du larynx, amaigrissement, faiblesse extrême. La malade succombe le 5 février. Elle avait eu ses règles deux jours auparavant, et régulièrement comme dans tout le cours de sa maladie.

Le larynx était sain, la tuméfaction extérieure était due à l'engorgement de la glande thyroïde; le pharynx seul était malade, sa surface était recouverte d'un pus grumeleux grisâtre; c'était la matière que la malade rendait mêlée aux crachats; au-dessous, la membrane muqueuse était profondément ulcérée, présentant des anfractuosités dans quelques points; le commencement de l'œsophage était rétréci, au point de ne pas permettre l'introduction d'une plume; le poumon gauche parfaitement sain; le droit, fortement adhérent dans presque toute son étendue, engoué surtout en arrière et en bas, ne présentait aucune trace de tubercules; le cœur, l'estomac et le foie étaient dans l'état normal.

II^e^. OBSERVATION.

Madame G***, veuve sans enfans, âgée de soixante ans, avait toujours eu toutes les apparences d'une bonne santé; seulement elle éprouvait de temps en temps une gêne de la respiration, qui résista plusieurs fois à l'emploi de la saignée. Vers le mois de juillet 1830, après des fatigues et des chagrins, Madame G*** était prise, tous les soirs, d'une dyspnée avec douleurs lancinantes très-vives dans toute la base du thorax, surtout du côté droit, augmentée par la pression et la position horizontale. Les symptômes s'amendaient vers la fin de la nuit, reprenaient un peu dans le jour, et s'aggravaient tous les soirs. Appétit souvent nul, langue nette, pas de toux, constipa-

tion habituelle, urines peu abondantes et briquetées, diminution des forces; l'embonpoint diminuait peu, le ventre avait son volume et sa souplesse ordinaires. Pendant les trois premiers mois, régime adoucissant et quelques évacuations sanguines; puis les antispasmodiques: ainsi l'eau distillée de laurier-cerise, le camphre, l'assa-fœtida en lavement, procurèrent un peu de calme; enfin les bains simples, ceux de vapeur, les pédiluves, les emplâtres stibiés, un moxa sur le point correspondant à la vésicule biliaire, le calomel à petites doses, souvent répétées. Les symptômes s'aggravant, on eut recours aux narcotiques; on réussit à calmer les douleurs en administrant un sirop contenant une petite dose d'acétate de morphine donné par cuillerées. Au dixième mois, amaigrissement extrême, la malade ne quitte plus son lit; quelques vomissemens; les pieds deviennent légèrement œdémateux, la peau se couvre de pétéchies noirâtres nombreuses. La malade s'éteint le 9 juin, dans le dernier degré de marasme.

Épanchement de sérosité dans les deux plèvres; le poumon gauche, engoué en arrière, présente quelques adhérences avec la plèvre; commencement d'hépatisation à la base du droit, adhérent au diaphragme. Le cœur, assez petit, était parfaitement sain. Adhérences du foie, peu volumineux, avec la face inférieure du diaphragme; deux masses cancéreuses de trois à quatre pouces de diamètre occupaient, l'une la partie antérieure, l'autre la postérieure du grand lobe du foie; elles offraient les caractères du tissu cancéreux blanc ou encéphaloïde, avec fonte purulente en quelques points; la vésicule biliaire remplie par un calcul de la grosseur d'un œuf de pigeon; la matrice, un peu augmentée de volume, était entièrement cancéreuse; l'estomac rétréci, sans rougeur, ni ramollissement de sa muqueuse; les gros intestins distendus par des gaz. Les autres organes de l'abdomen dans l'état sain. Je dois cette observation à MM. *Chardon* et *Cabanellas*, médecins ordinaires de la malade.

Combien de fois trouve-t-on des cavernes dans le poumon beau-

coup plus grandes qu'on ne pouvait le croire, une infiltration complète du tissu pulmonaire par des tubercules miliaires sans qu'on ait pu s'en douter? Combien de fois n'ai-je pas trouvé, chez les enfans, des tubercules dans le cerveau ou entre les membranes, affectant quelquefois la base, même d'un volume considérable, sans qu'aucun phénomène les ait pu faire connaître pendant la vie?

Les ramollissemens des membranes muqueuses ne dépendent pas toujours d'une inflammation, il est assez commun de trouver la membrane muqueuse de l'estomac ramollie, surtout dans son grand cul-de-sac, et l'individu n'avoir cependant pas présenté de symptômes d'inflammation gastrique. On ne trouvera pas de rougeur dans tout le trajet du canal intestinal, l'estomac pourra être non-seulement ramolli, mais la muqueuse pourra être soulevée, et même détruite. Si on observe que ce cas arrive principalement lorsqu'on trouve un liquide dans l'estomac, et que ce liquide est légèrement acide, on pourra l'attribuer à un phénomène cadavérique.

Les altérations pathologiques du poumon sont semblables chez l'enfant et chez l'adulte; on trouve des hépatisations complètes du poumon; il est cependant rare de rencontrer chez eux les crachats rouillés de la pneumonie; ils ressemblent à ceux d'une bronchite ou d'un catarrhe intense. La poitrine, plus sonore à cet âge, laisse plus aisément passer les sons; il est rare qu'on n'entende pas un peu la respiration dans une pneumonie très-intense, lorsque chez l'adulte on ne l'entendrait nullement. Une faible dilatation de bronche avec pneumonie fait aisément croire qu'il s'est formé une caverne.

Quels sont les caractères que l'on donne de la présence des vers ascarides lombricoïdes dans le canal intestinal? douleur de ventre, avec un sentiment de tournoiement dans les intestins, souvent du ballonnement; dévoiement, matières muqueuses ressemblant quelquefois à de la gelée, teint plombé ou jaunâtre, pupilles dilatées, démangeaison du nez; si on ajoute, fièvre, céphalalgie, délire, et même con-

vulsions, il semble qu'avec une telle série de symptômes il n'y ait pas à se tromper sur le diagnostic de cette maladie ; cependant tous ces phénomènes peuvent exister sans qu'ils soient dus à la présence de ces animaux. Des malades ont présenté tous ces symptômes, ont rendu un ou deux lombrics; ils ont succombé, et on n'a trouvé aucun autre ver dans toute la longueur du canal intestinal. D'autres, au contraire, succombent après l'apparition de symptômes différens, et on trouve le canal intestinal rempli de lombrics. Le seul signe indicateur de la présence des vers est la sortie de quelques-uns de ces animaux ; si, après une prudente administration des vermifuges, on ne voit pas sortir de nouveaux lombrics, les symptômes persistans ne doivent plus être attribués à leur présence.

La coqueluche est le plus souvent un catarrhe bronchique ; d'autres fois c'est une affection entièrement nerveuse. Lorsque l'enfant qui en est atteint est soumis promptement à une thérapeutique très-simple, favorisant la transpiration, maintenant l'air à une douce température, donnant au malade des boissons adoucissantes, l'enfant étant d'une bonne constitution, il est rare que la maladie soit d'un fâcheux prognostic; cependant elle peut résister plus ou moins longtemps à ces moyens. Mais il en est autrement lorsque la coqueluche affecte un enfant qui aurait déjà été atteint de maladie grave, dont il serait resté de la faiblesse, ou lorsqu'elle s'empare d'un sujet scrophuleux ; il ne tarde pas alors à se développer des symptômes de complication, et le plus ordinairement ces enfans sont emportés par les maladies latentes qui persistaient, et dont les symptômes ont été exaspérés par la nouvelle maladie.

Peut-on dire qu'un enfant a été guéri du croup lorsqu'il n'a pas rendu de fausses membranes pendant la durée de sa maladie? peut-on enfin affirmer qu'un enfant ait eu le croup avant la manifestation de la seconde période de cette maladie? Les moyens antiphlogistiques énergiquement employés dans la première période peuvent terminer heureusement cette maladie, et empêcher la formation de fausses mem-

branes; mais rien ne prouve alors quelle sorte d'angine affectait l'enfant : ce n'est donc que lorsqu'un enfant a rendu des fausses membranes qu'on pourra affirmer qu'il est affecté du croup; dans ce cas, combien peut-on en guérir? J'en ai bien peu vu réchapper à l'hôpital des Enfans : il est vrai que les périodes de cette maladie sont tellement précipitées, qu'il se peut que ceux qui arrivent de la ville viennent trop tard, que ceux pris de croup à l'hôpital à la suite de rougeole, de scarlatine ou de petite-vérole, soient déjà dans de fâcheuses circonstances; quoi qu'il en soit, je pense que plus d'un médecin a dit avoir guéri un croup lorsqu'il avait affaire à une angine intense.

L'iodure de plomb, que le docteur *Cottereau* a le premier mis en usage, a-t-il sur les autres iodures quelques avantages dans les maladies scrophuleuses? en a-t-il sur l'hydriodate de potasse, qu'on emploie le plus fréquemment dans ces maladies?

Un gros d'iodure de plomb par once d'axonge forme une pommade qu'on peut employer à haute dose en friction sur les tumeurs scrophuleuses, ou étendue sur de la charpie et appliquée sur ces mêmes tumeurs, ou même sur de vastes ulcérations. L'iodure de plomb cristallisé, employé à l'intérieur, d'abord à faible dose, qu'on augmente progressivement, puisqu'on la peut porter jusqu'à 20 grains par jour, seconde énergiquement son emploi extérieur. L'administration de ce médicament est souvent suivie d'une diminution de volume et de la séparation des tumeurs scrophuleuses en plusieurs lobes, qui diminuent peu à peu de grosseur, tendent à s'effacer, plus difficiles cependant à résoudre vers la fin du traitement. L'iodure de plomb n'est jamais irritant comme l'hydriodate de potasse; on ne voit pas la circonférence d'une tumeur ou d'un ulcère rougir, s'enflammer; son action paraît plus douce. Dans ces maladies graves qui affectent la face, l'intérieur de la bouche, des fosses nasales ou du vagin, l'hydrosulfate d'ammoniaque est dégagé par les parties ulcérées; repris par l'absorption, il vient ajouter son action délétère à des maux déjà bien graves. Dans ces circonstances, l'iodure ne peut-il pas être décomposé en partie, former un sulfure de plomb et de l'hydriodate d'am-

moniaque? Cette combinaison ne sera pas mise en doute, si on observe que l'iodure de plomb, qui est d'un beau jaune, mis en contact avec ces ulcères, prend toujours la couleur plus ou moins noire du sulfure de plomb.

J'aurais pu présenter quelques faits qui me sont particuliers sur l'emploi de l'iodure de plomb ; je choisis de préférence l'observation suivante, que je dois à la complaisance du docteur *Cottereau*.

Madame veuve B...., âgée de quarante-deux ans, mère de quatre enfans, d'une bonne constitution dans sa jeunesse, éprouvait, depuis une fausse-couche, des douleurs dans les reins et les cuisses, et avait eu à plusieurs reprises des pertes assez abondantes, lorsque, après une forte émotion, la cessation subite de ses règles eut lieu ; et dès-lors écoulement vaginal jaunâtre, d'une odeur insupportable, souvent mêlé de sang, plus abondant aux époques menstruelles, occasionant de vives cuissons dans le vagin et des pesanteurs sur le rectum. Traitée d'abord par les mercuriaux, le médecin s'aperçut, au bout de deux mois, qu'il y avait une tuméfaction considérable du col de l'utérus, avec une large ulcération sur la lèvre inférieure du museau de tanche. Application de sangsues sur le col de l'utérus, saignées, bains de siége, injections émollientes sans succès. La maladie existait depuis quinze mois, lorsque madame veuve B.... vint à Paris, le 14 janvier. Maigreur extrême, pâle, sans cette teinte jaune-paille commune dans les affections cancéreuses; langue rouge à sa pointe et sur ses bords ; région épigastrique légèrement douloureuse à la pression ; l'hypogastre extrêmement sensible ; pouls petit, insomnie, constipation, vomissemens après les repas ; ulcération de quatre lignes de diamètre au col de l'utérus très-tuméfié; écoulement mêlé d'une assez grande quantité de sang. On prescrivit bains de siége émolliens tous les matins, avec injections émollientes dans le bain ; appliquer soir et matin sur le col de l'utérus un bourdonnet de charpie enduit de la pommade d'iodure de plomb, avec addition de laudanum de *Rousseau*. Avant le pansement, injection d'une solution

très-étendue de chlorure de chaux ; pilules d'un quart de grain d'iodure de plomb par jour ; chiendent édulcoré ; lavemens émolliens ; potage maigre, légumes, repos absolu. Le 20, un peu de sommeil, douleur de reins ; l'écoulement est aussi abondant, mais n'est plus mêlé de sang ; l'odeur est moins forte ; la charpie est retirée entièrement noire. Le 26, la malade se sent mieux ; les déjections se font bien ; la langue ne présente plus de rougeur ; l'estomac n'est plus douloureux, la région de l'utérus moins sensible ; l'écoulement a diminué ; la charpie est moins noire. Le 7 février, le mieux est encore sensible ; la malade commence à se lever un peu, prend des alimens plus substantiels. Bains de siége tous les deux jours, injections émollientes ; le pansement avec l'iodure ne se fait plus qu'une fois par jour. Le 20, écoulement à peine sensible ; le col de l'utérus n'est plus douloureux au toucher ; à l'aide du spéculum, on aperçoit de la rougeur et quelques boutons charnus à la place que l'ulcération occupait. La malade a commencé à se promener depuis la veille ; absence de douleurs dans les reins et la région utérine. La pommade est retirée aussi jaune qu'au moment de son introduction. Le 30 mai, plus de pansement ; depuis trois jours, il n'existe plus d'écoulement ; le col de l'utérus entièrement insensible au toucher. On sent avec le doigt une légère dépression et des petits boutons charnus à la place de l'ulcération. Quelques jours après, madame B...., ayant repris son embonpoint, ne se ressentant plus de sa maladie, fut en état de retourner à la campagne.

FIN

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

II.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Ibid., aph.* 8.

III.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.*, .

IV.

Solvere apoplexiam, vehementem quidem, impossibile; debilem verò, non facile. *Ibid., aph.* 42.

V.

Epilepticis pueris, mutationes, maximè ætatis, et regionum, et vitæ, liberationem faciunt. *Ibid., aph.* 45.

VI.

Plurimæ quidem affectiones in pueris judicantur, aliæ in quadraginta diebus, aliæ in septem mensibus, aliæ in septem annis; aliæ ipsis ad pubertatem accedentibus. Quæ verò in pueris permanserint, neque solutæ fuerint circa pubertatem, aut in fœminis circa menstruorum eruptiones, diù perseverare solent. *Sect.* 3, *aph.* 28.

VII.

Renum et vesicæ dolores difficulter sanantur in senibus. *Sect.* 6, *aph.* 6.

VIII.

Mulier non laborat podagrâ, nisi menses ipsi defecerint. *Ibid., aph.* 29.